

(8) MÈRE: SOINS ANTÉNATAUX (MSAnt)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

Contenu des fiches d'observation

Les fiches d'observation sont regroupées en 2 cahiers, « Nouveau-né » et « Mère », devant être utilisés conjointement pour les études de cohortes, qu'elles soient prospectives ou rétrospectives, et pour les études cas-contrôle.

Ces fiches d'observation devront être utilisées à l'admission et à la sortie/au retour au domicile. Pour tout patient admis dans un établissement de soins pour une durée supérieure à 24 heures, les fiches d'observation « Données initiales et Devenir » et « Résultats des examens complémentaires » pourront être reproduits (photocopiés ou réimprimés) afin d'être utilisées pour collecter les données quotidiennes pendant la durée de l'hospitalisation.

Pour toutes études nous recommandons de compléter au minimum les cahiers d'observation suivants : [1] Mère : Données Initiales et Devenir (MDID) and [2] Nouveau-né : Données Initiales et Devenir (NNDID) et par la suite les cahiers d'observation [3] Mère : Résultats Examens complémentaires (MREC) et [4] Nouveau-Né : Résultats Examens Complémentaires (NNREC) pour tous les nouveau-nés vivants. Si la mère ou le nouveau-né sont admis en soins intensifs (pour adultes ou pédiatriques) nous recommandons de compléter les cahiers d'observation [5] Mère : Soins Intensifs (MSI) ou/et [6] Nouveau-nés : Soins intensifs (NSI).

Concernant les femmes enceintes présentant une symptomatologie aiguë, remplir le cahier d'observation [7] Mère : Symptomatologie Aiguë (MSAig) et pour toutes les études, remplir également le cahier d'observation [8] Mère : Soins Anténataux (MSAnt).

Nous recommandons de compléter la section concernant le devenir des patients des cahiers d'observation [1] MDID et [2] NNDID dès que l'ensemble des résultats des examens complémentaires est disponible.

Bon usage des fiches d'observation

Au moment de remplir les différentes fiches des cahiers d'observation, merci de bien vouloir vérifier que :

- La mère ou le consultant/tuteur/représentant du nouveau-né a bien reçu l'information requise concernant l'étude observationnelle et que le consentement éclairé a été dûment complété et signé.
- Les codes d'identification de l'étude (attribués à la fois à la mère/femme enceinte et au nouveau-né conformément aux indications relatives à la mise en œuvre du protocole dans l'hôpital) figurent bien sur toutes les pages des fiches d'observation. En effet, toutes les informations collectées dans ces cahiers devront rester strictement anonymes et ceci de manière permanente et définitive, de façon qu'aucune des données collectées dans ces fiches d'observation ne puisse, à aucun moment, être reliée à l'identité du patient.
- L'identification de l'hôpital du patient ainsi que les données relatives aux contacts du patient ont bien été colligées dans un liste à part qui permettra d'effectuer le suivi. Ainsi, le formulaire concernant les contacts devra être conservé séparément des cahiers d'observation, dans un lieu sécurisé, et cela de manière permanente et définitive.
- Chaque site d'étude pourra déterminer la quantité d'informations à recueillir en fonction des ressources disponibles et du nombre de patients inclus. Dans la mesure du possible, les données concernant les patients (Nouveau-né et Mère) devront être recueillies dans les cahiers d'observation correspondants.

Les sites disposant de très peu de ressources ou ayant pris en charge un grand nombre de patients pourront choisir d'utiliser les fiches « Nouveaux-nés/Mère : Données initiales et devenir » des cahiers d'observations. La décision revient aux investigateurs locaux et pourra évoluer pendant toute la durée du recueil des données de l'étude.

Dans cette perspective, les investigateurs doivent veiller à la qualité des données recueillies qui est garante de la qualité de l'analyse qui sera conduite ultérieurement.

Indications générales

- Les fiches d'observation ont été conçues pour recueillir les données de l'examen clinique du patient et de l'observation médicale établie à l'hôpital. Concernant les nouveau-nés, cela inclut également les données provenant de l'entretien avec son parent/tuteur/représentant.
- Les codes d'identification patient devront être complétés sur toutes les pages des fiches d'observation (Nouveau-né et Mère)
- Compléter l'ensemble des lignes de chaque section des fiches d'observations sauf lorsqu'il sera spécifiquement indiqué de sauter une section en fonction des réponses déjà apportées.
- Lorsque les réponses aux questions se présentent sous la forme de case à cocher, les modalités de réponse diffèrent selon la forme des cases à cocher, ainsi pour les cases : carrées () , il s'agit de choisir une réponse unique (choix simple), rondes () , il s'agit de choisir une ou plusieurs réponses (choix multiple)
- A noter que si la réponse à une question particulière n'est pas connue, il est alors nécessaire de cocher la case « Ne sait pas »
- Dans certaines sections, il est possible d'écrire un commentaire pour apporter des informations complémentaires. Afin de permettre une saisie standardisée des formulaires de recueil de données, merci de pas écrire ces commentaires en dehors des zones prévues à cet effet.
- Nous recommandons d'écrire lisiblement en utilisant de l'encre noire ou bleue et écrivant en LETTRES CAPITALES.
- Pour effectuer une correction, barrer tout le texte à supprimer (par exemple : ~~texte à supprimer~~) et écrire le texte de remplacement au dessus. Merci de bien vouloir dater et parapher à l'aide de vos initiales chacune des corrections effectuées.
- A titre d'exemple : ~~TEXTE CORRIGE~~ 01/03/2016, B.R. (DD/MM/AAAA, Initiales Prénom.Nom.) — ~~Texte à supprimer...~~
- Merci de garder ensemble toutes les fiches d'observation des cahiers correspondant à la mère et à son nouveau-né (tous deux inclus dans l'étude), en les agrafant ou les rangeant dans un même dossier qui leur sera spécifiquement réservé.
- En cas de difficultés ou de commentaires concernant le remplissage des fiches d'observation ou simplement pour nous faire savoir que vous utilisez ces cahiers d'observation, merci de bien vouloir contacter le Dr Gail Carson à l'adresse électronique suivante : gail.carson@ndm.ox.ac.uk



FICHE D'OBSERVATION DES CAS DE MALADIE À VIRUS ZIKA

(8) MÈRE: SOINS ANTÉNATAUX (MSAnt)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

Avertissement :

Les cahiers d'observation constituent un support standardisé de recueil de données cliniques dans le cadre d'études concernant le virus Zika. L'utilisation de ces cahiers d'observation s'effectue sous la responsabilité des investigateurs de ces études. ISARIC et les auteurs de ces cahiers d'observation n'endossent pas la responsabilité liée à l'utilisation de ces cahiers d'observation dans un format modifié ou dans un but différent de celui pour lequel ces cahiers d'observation ont été développés.

Les problèmes liés au formatage de ces cahiers d'observation sont en cours de résolution. Les documents Word sont disponibles afin d'adapter et de traduire les cahiers d'observation, cependant, des difficultés liées à la mise à disposition sur les plateformes Mac ou PC peuvent persister. Le format pdf est aussi disponible, et devrait être bien adapté aux 2 types de machines et à leur système d'exploitation.

(8) MÈRE: SOINS ANTÉNATAUX (MSAnt)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

1. Dénomination du site/consultation/structure de soin/hôpital :			
2. Situation géographique	Latitude	Longitude	Longitude
Si situation géographique indisponible			
3. Nom de la ville ou du village :			
4. Pays :			

1) MÈRE: SOINS PRÉNATAUX

5. Groupe sanguin de la mère	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> Rhésus positif <input type="checkbox"/> Rhésus négatif <input type="checkbox"/> Ne sait pas
6. Date des dernières règles (JJ/MM/AAAA)	___/___/20___	<input type="checkbox"/> Certitude sur la date <input type="checkbox"/> Incertitude sur la date <input type="checkbox"/> Ne sait pas
ECHOGRAPHIE DU PREMIER TRIMESTRE (<14 SEMAINES DE GROSSESSE)		
7. Réalisation de l'échographie du 1 ^{er} trimestre	<input type="checkbox"/> Echographie faite <input type="checkbox"/> Echographie non faite <input type="checkbox"/> Ne sait pas	8. Date de réalisation de l'échographie du 1 ^{er} trimestre (JJ/MM/AAAA)
9. Age gestationnel à la date de l'échographie du 1 ^{er} trimestre	___ semaines ___ jours <input type="checkbox"/> Ne sait pas	10. Référence utilisée pour évaluer l'âge gestationnel à la date de l'échographie du premier trimestre
		<input type="checkbox"/> Date des dernières règles <input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> Reproduction médicalement assistée <input type="checkbox"/> Autre
11. Le compte-rendu et/ou les images échographiques sont-elles disponibles dans le dossier		Compte rendu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Images <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12. Activité cardiaque fœtale	<input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/> Non détectée <input type="checkbox"/> Non recherchée	13. Longueur cranio-caudale
		___ Mm <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Ne sait pas
14. Diamètre bipariétal (DBP)	___ mm	15. Clarté nucale
		___ mm <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Ne sait pas
16. Dépistage du Syndrome de Down	<input type="checkbox"/> Risque faible <input type="checkbox"/> Risque élevé <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Ne sait pas	17. Si dépistage d'un risque élevé, préciser les tests utilisés et leurs résultats :
18. Détection de malformations ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Si détection des malformations, indiquer lesquelles :	<input type="radio"/> Holoprosencéphalie <input type="radio"/> Anencéphalie <input type="radio"/> Encephalocœle <input type="radio"/> Spina bifida <input type="radio"/> Exomphalos <input type="radio"/> Gastroschisis <input type="radio"/> Megacystis <input type="radio"/> Malformation cardiaque	<input type="radio"/> Malformation d'un membre (préciser) : <input type="radio"/> Malformation du squelette (préciser) : <input type="radio"/> Autre(s) malformation(s) (préciser) :

(8) MÈRE: SOINS ANTÉNATAUX (MSAnt)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

19. Autres résultats significatifs	Oui Non	Si oui, merci de préciser/décrire :	
------------------------------------	---------	-------------------------------------	--

2^{EME} TRIMESTRE

20. Mouvements fœtaux	<input type="checkbox"/> Normaux - <input type="checkbox"/> Diminués - <input type="checkbox"/> Augmentés - <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
21. Réalisation de l'échographie du second trimestre	<input type="checkbox"/> Echographie faite <input type="checkbox"/> Echographie non faite <input type="checkbox"/> Ne sait pas	22. Date de réalisation de l'échographie (JJ/MM/AAAA)	___/___/20__
22. Age gestationnel à la date de l'échographie du 2 ^{ème} trimestre	___ semaines ___ jours <input type="checkbox"/> Ne sait pas	24. Référence utilisée pour évaluer l'âge gestationnel à la date de l'échographie du second trimestre	<input type="checkbox"/> Date des dernières règles <input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> Reproduction médicalement assistée <input type="checkbox"/> Autre
25. Le compte-rendu et/ou les images échographiques sont elles disponibles dans le dossier	Compte rendu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Images <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Résultats de l'échographie du second trimestre (14 à 24 semaines de grossesse)

26. Périmètre crânien (PC)	<input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Ne sait pas	27. Diamètre bipariétal (DBP)	<input type="text"/> mm <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Ne sait pas
28. Technique de mesure du DBP	<input type="checkbox"/> De l'extérieur à l'extérieur <input type="checkbox"/> De l'extérieur à l'intérieur <input type="checkbox"/> Ne sait pas	29. Périmètre abdominal (PA)	<input type="text"/> Mm <input type="checkbox"/> Pas de mesure <input type="checkbox"/> Ne sait pas
30. Diamètre trans-crânien (DTC)	<input type="text"/> mm	31. Longueur du fémur (LF)	<input type="text"/> mm
32. Détection de malformations cérébrales ? (Présence de calcification(s) ou de mégaventricule(s))	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si détection des malformations, préciser lesquelles et les décrire :	
33. Détection de malformations cérébrales ? (Présence de calcification(s) ou diminution de la taille du cerveau(s))	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si détection des malformations, préciser lesquelles et les décrire :	
34. Si d'autres malformations ont été détectées, merci d'indiquer lesquelles :	Tête <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Cerveau <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Face <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Cou <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Rachis <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Cœur <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Paroi abdominale antérieure <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Gastro-intestinale <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Vessie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Anomalie Chromosomique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non (après amnio- ou chorio-centèse)		Membre <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Plèvre/Poumons <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Reins <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Organes génitaux <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Vaisseaux ombilicaux <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Autre(s) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

(8) MÈRE: SOINS ANTÉNATAUX (MSAnt)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

Précisez/décrivez les malformations constatées	
35. Volume amniotique	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> En excès <input type="checkbox"/> Polyhydramnios <input type="checkbox"/> Manque de liquide amniotique <input type="checkbox"/> Oligohydramnios <input type="checkbox"/> Anhydramnios <input type="checkbox"/> Ne sait pas

3^{EME} TRIMESTRE (>24 SEMAINES DE GROSSESSE)

36. Mouvements fœtaux	<input type="checkbox"/> Normaux - <input type="checkbox"/> Diminués - <input type="checkbox"/> Augmentés - <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
Echographie du troisième trimestre (>24 semaines de grossesse)			
37. Réalisation de l'échographie du troisième trimestre	<input type="checkbox"/> Echographie faite <input type="checkbox"/> Echographie non faite <input type="checkbox"/> Ne sait pas	38. Date de réalisation de l'échographie (JJ/MM/AAAA)	___/___/20__
39. Age gestationnel à la date de l'échographie du 3 ^{ème} trimestre	___ semaines ___ jours <input type="checkbox"/> Ne sait pas	40. Référence utilisée pour évaluer l'âge gestationnel à la date de l'échographie du 3 ^{ème} trimestre	<input type="checkbox"/> Date des dernières règles <input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> Reproduction médicalement assistée <input type="checkbox"/> Autre
41. Le compte-rendu et/ou les images échographiques sont elles disponibles dans le dossier	Compte rendu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Images <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Résultats de l'échographie du 3 ^{ème} trimestre (>24 semaines de grossesse)			
42. Périmètre crânien (PC)	___ mm <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Ne sait pas	43. Diamètre bipariétal (DBP)	___ mm <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Ne sait pas
44. Technique de mesure du DBP	<input type="checkbox"/> De l'extérieur à l'extérieur <input type="checkbox"/> De l'extérieur à l'intérieur <input type="checkbox"/> Ne sait pas	45. Périmètre abdominal (PA)	___ mm <input type="checkbox"/> Pas de mesure <input type="checkbox"/> Ne sait pas
46. Diamètre trans-crânien (DTC)	___ mm	47. Longueur du fémur (LF)	___ mm
48. Détection de malformations cérébrales ? (Présence de calcification(s) ou de mégaventricule(s))	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si détection des malformations, préciser lesquelles et les décrire :	
49. Détection de malformations cérébrales ? (Présence de calcification(s) ou diminution de la taille du cerveau(s))	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si détection des malformations, préciser lesquelles et les décrire :	
50. Si d'autres malformations ont été détectées, merci d'indiquer lesquelles :	Tête <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Cerveau <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Face <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Cou <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Rachis <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Cœur <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Paroi abdominale antérieure <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Membre <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Plèvre/Poumons <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Reins <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Organes génitaux <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Anomalie chromosomique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

(8) MÈRE: SOINS ANTÉNATAUX (MSAnt)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

	Gastro-intestinale <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Vessie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	(après amnio- ou chorio-centèse) Vaisseaux ombilicaux <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Autre(s) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Précisez/décrivez les malformations constatées		
51. Volume amniotique	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> En excès <input type="checkbox"/> Polyhydramnios <input type="checkbox"/> Manque de liquide amniotique <input type="checkbox"/> Oligohydramnios <input type="checkbox"/> Anhydramnios <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
52. Placenta praevia	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
53. Autres anomalies du placenta	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, préciser
54. Döppler de l'artère ombilical	<input type="checkbox"/> Flux télédiastolique présent <input type="checkbox"/> Flux télédiastolique inversé <input type="checkbox"/> Flux télédiastolique absent <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Index de résistance (IR) Index de pulsatilité (IP)

2) AUTRES EXPLORATIONS

55. Amniocentèse Date de l'amniocentèse (JJ/MM/AAAA) ___/___/20___	<input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si anormale, merci d'indiquer les résultats principaux :	
56. Autre(s) exploration(s) intra-utérine(s) Date (JJ/MM/AAAA) ___/___/20___	<input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, merci d'indiquer les explorations effectuées et leurs résultats principaux :	
Autre(s) exploration(s) intra-utérine(s) Date (JJ/MM/AAAA) ___/___/20___	<input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, merci d'indiquer les explorations effectuées et leurs résultats principaux :	
Autre(s) exploration(s) Date (JJ/MM/AAAA) ___/___/20___	<input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, merci d'indiquer les explorations effectuées et leurs résultats principaux :	

3) COMPLICATIONS MATERNELLES PENDANT LA GROSSESSE. NOTER TOUTES LES COMPLICATIONS SURVENUES PENDANT LA GROSSESSE

Comorbidités Pendant la grossesse une ou plusieurs des affections suivantes a (ont) été diagnostiquée(s) ou traitée(s) :			
57. Diabète sucré, pathologie thyroïdienne, autre affection endocrinienne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	64. Infection respiratoire nécessitant un traitement antibiotique ou antiviral	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas

(8) MÈRE: SOINS ANTÉNATAUX (MSAnt)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

58. Affection(s) maligne(s), cancer(s) et/ou hémopathie(s) maligne(s) (leucémie et lymphome)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	65. Autre type d'infection nécessitant un traitement antibiotique ou antiviral	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
59. Cardiopathie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	66. Porteuse d'un Streptocoque du groupe B	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
60. Epilepsie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	67. SIDA ou sérologie VIH positive	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
61. Maladie mentale (par exemple : état dépressif)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	68. Infection génitale ou maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
62. Pyélonéphrite ou autre affection rénale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	69. Cholestase	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
63. Infection urinaire du bas appareil nécessitant une antibiothérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	70. Toute autre affection médicale ou chirurgicale nécessitant un traitement ou un avis spécialisé/complémentaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
		71. Tout autre accident médical ou traumatisme maternelle nécessitant une hospitalisation ou un avis dans un autre centre de soins plus approprié	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Comorbidités liées à la grossesse. Pendant la grossesse, la patiente a-t-elle été prise en charge ou traitée pour une ou plusieurs des affections suivantes :			
72. Vomissement sévère nécessitant une hospitalisation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	82. Anémie fœtale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
73. Diabète gestationnel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	83. Détresse fœtale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
74. Saignement vaginal : - avant 14 semaines de grossesse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	84. Suspicion de retard de croissance intra-utérin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
75. Saignement vaginal:- entre 14 et 24 semaines de grossesse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	85. Oligohydramnios	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
76. Saignement vaginal:- Au delà de 24 semaines de grossesse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	86. Polyhydramnios	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
77. Hypertension artérielle gravidique (Pression artérielle >140/90 mmHg, sans protéinurie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	87. Affection nécessitant la réalisation ou un prélèvement de sang fœtal Si oui, préciser : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas

(8) MÈRE: SOINS ANTÉNATAUX (MSAnt)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

78. Pre-éclampsie (Pression artérielle >140/90 mmHg, et protéinurie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	88. Hématome rétro-placentaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
79. Pré-éclampsie sévère/Eclampsie/HELLP syndrome	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	89. Chorioamniotite clinique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
80. Incompatibilité érythrocytaire fœto-maternelle (Anti-Rhésus ou anti-Kell)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	90. Autre Préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
81. Travail prématuré	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
	<14 semaines de grossesse	14-24 semaines de grossesse	>24 semaines de grossesse
91. Taux d'hémoglobine le plus bas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dl	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dl	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dl
Taux d'hématocrite le plus bas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dl	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dl	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dl

4) LE CAHIER D'OBSERVATION A ETE REMPLI PAR :

Nom :		Fonction :	
Signature		Date (JJ/MM/AAAA)	